

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

276

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claude, Marie, Philippe MAUGER

Interne de l'Hôpital de Caen

né le 31 Mars 1931 à CHERBOURG (Manche)

présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DU TRAITEMENT
DE LA BRULURE EPIGASTRIQUE
PAR LE TACHYSTEROL

Président : Monsieur Ch. DEBRAY (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS VI

1958

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROcq, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,
CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,
HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,
LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,
MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,
TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie		CORDIER
Anatomie pathologique		DELARUE
Bactériologie		FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. et aux Sports	}	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale		FAUVERT
Cancérologie méd., sociale		BERNARD J.
Carcinologie		REDON
Chimie Méd.		JAYLE
Clinique Chir.	{	Hôtel-Dieu MENEGAUX
	{	Salpêtrière MOULONGUET
	{	Cochin QUENU
	{	Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire		G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et orthop.	}	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie		MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et d'orthop.	}	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.		MATHEY
Clinique de la Tuberculose		BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.		PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.		LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	DEGOS
Clinique des mal. du sang		MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.		ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.		CATHALA
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET

Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	} DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	} BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
Cliniques Médicales	{ BARIETY
	{ JUSTIN-BESANÇON
	{ MOREAU
	{ de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.therap.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	{ PASTEUR-VALLERY
	{ RADOT
Cliniques obstétricales	{ LANTUEJOUL
	{ VARANGOT
	{ LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIPE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	(CABROL	Pat. chir.	(DUBOST
	(DEBEYRE		(FAUREL
	(DELMAS		(FLABEAU
	(OLIVIER G.		(GERMAIN
	(Melle GAU-		(GOSSET
Ana.Path.	(THIER V.		(LAURENCE
	(BUSSE		(LORTAT-JACOB
	(GOUYGOU		(OLIVIER (Cl.)
Bactério-)	(CHRISTOL		(POILLIEUX
logie)	(NEVOT		(THONERET
Biol. Méd.	(BOURLIERE		(VERNE (J.M.)
Chimie méd.	(ETTORI	Pat.expéri-	(MAURICE
	(POLONOVSKI J.	ment.	(LOEPER
Dermato-syph.	(DUPERRAT		(BOUVIER
Embryologie	(TUCHMANN		(BOUDIN
Histologie	(COUJARD		(BRICAIRE
	(N.		(BRISSAUD
Hydrologie	(CORNET		(CASTAIGNE
Hygiène	(BOYER		(CONTE
	(DEPARIS		(DEROT
Mal.infect.	(BASTIN	Path.Med.	(DOMART
Médecine)	(DEROBERTE		(LAMOTTE
légale et	(GAULTIER		(LAROCHE
du Trav.)	(HADENGUE		(MACREZ
Neurochir.	(DAVID		(MILLIEZ
Neurologie	(LHERMITTE		(PEQUIGNOT
	(GRASSET		(PERRAULT
	(LE LORIER		(RAMBERT
Obstétrique	(LEPAGE		(ROYER
	(MERGER		(THIEFFRY
	(MORIN		(TURIAF
	(RAVINA		(WOLFROMM
	(ROBEY		(POLONOVSKI Cl.)
Ophtal-)	(BREGEAT	Pédiatrie	(MOZZICONACCI
mologie)	(DESIGNES		(JOSEPH
Orthopédie	(JUDET	Pharmacol.	(Melle LEVY
Oto-rhino-)	(AUBRY		(BARGETON
laryngol.)	(MADURO	Physiol.	(DEJOURS
Parasito.	(BRUMPT		(PARROT
Parasito.col.	(CHABAUD	Physique)	(DJOURNO
	(ABOULKER	Médicale)	(GUGEROT
	(BARCAT	Pneumo-phtis.	(KREIS
Pat. chir.	(BAUMANN	Psychiatrie	(BARUK
	(CAUCHOIX		(PICHOT

	MM.		MM.
Psych.infant.	N...	Urologie	KUSS
Rhumatologie	DELARRE	Thérapeut.	CHASSAGNE
Stomato.	{ CHAPUT Mme		
	{ CERNEA		

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
pour le Service des Examens

M. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	{ AMELINE	Urologie	N...
	{ HUGUIER		{ DREYFUS
Clin.Chir.	{ LEGER	Clinique Méd.	{ HAGUENAU
	{ PADOVANI		{ KOURILSKY
	{ ROUX		
Clinique}	{ ECALLE		
obstét. }	{ MAYER		
Clin.opht.	OFFRET		

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
Conservateur Melle GOICHON
Bibliothécaires { Melles DUMAITRE
LE NOIR
LAURENT
QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs
et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
ni improbation.

A ma Femme

Faible témoignage de mon amour
et de mon affection.

A mon Père, à ma Mère

En reconnaissance du soutien
et de l'affection donnés
dans l'esprit familial le
plus pur.

A tous les Miens.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur Ch. DEBRAY

Professeur d'Hydro-Climatologie à
la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En témoignage de notre
reconnaissance respectueuse.

A tous mes Professeurs de l'Ecole de
Médecine de Caen et de Tours

Au Docteur ROUSSELOT

Chef du Laboratoire de l'Hôpital de Caen

qui, s'il fut notre premier
"maître" , sut, en maintes
occasions, témoigner sa
sympathie.

Au Docteur VASSER

Chirurgien de l'Hôpital de Montmorillon

que nous remercions de ses
conseils et de l'affection
qu'il nous a toujours témoignée.

Au Docteur GUIBE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Caen

dont la bienveillante sympathie
nous a été un précieux encourage-
ment au cours de notre
Internat.

A mes Amis

en particulier Jean TAUPIN, Domingo RATERO,
Didier TROUSSIER, Jean-Louis WYANT

A Monsieur le Docteur Jacques L'HIRONDEL

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Gastro-Entérologue

Qui nous a fait le grand honneur
de nous accepter comme élève,
qui nous a orienté vers l'étude
de la gastro-entérologie, qui
nous a appris par son enseigne-
ment quotidien l'amour et la
pratique de notre art et qui a
bien voulu nous inspirer le
sujet de ce travail.

Puisse-t-il trouver ici le témoi-
gnage de notre profonde
reconnaissance.

A PROPOS DU TRAITEMENT
DE LA BRULURE EPIGASTRIQUE PAR LE
TACHYSTEROL

- :-

INTRODUCTION

--

Le sujet de cet ouvrage nous a été inspiré par notre Maître, le Docteur Jacques L' Hiron-del, Gastro-Entérologue à Caen, qui a bien voulu nous communiquer ses résultats cliniques dans sa clientèle et son service de Gastro-entérologie à l'Hôpital de Caen.

Il a accepté de diriger la façon de cet ouvrage.

Nous le remercions vivement ainsi que le Professeur Agrégé Cachin qui a bien voulu nous donner ses conseils.

Nous analyserons successivement :

- Les brûlures épigastriques isolées
Sont-elles une manifestation de gastrite ?
- La gastrite : clinique
examens complémentaires
étiologie et parmi celle-ci :
- L'insuffisance parathyroïdienne
Parathyroïde et syndromes digestifs.
- Hormone parathyroïdienne et tachystérol
action comparée.
- Observations de malades.
- Résultats et conclusions.

--

A PROPOS DU TRAITEMENT
DE LA BRULURE EPIGASTRIQUE
PAR LE TACHYSTEROL

-:-

Les gastro-entérologues consultent de nombreux malades qui se plaignent d'une affection qui si elle est précise, pour le malade, fréquente en clientèle, n'est pourtant pas ordinaire car il est difficile de trouver son étiologie et encore plus difficile de la traiter efficacement :

C'est la brûlure.

La sensation de brûlure est très précise et ne peut être confondue avec aucune autre douleur digestive.

L'interrogatoire d'un malade en gastro-entérologie (comme d'ailleurs dans toute affection) est capital : il doit être méthodique, précis : mais bien souvent même avec un interrogatoire mené patiemment et impartialement dans la manière de poser les questions, le malade a du mal à préciser les douleurs qu'il éprouve : il consulte parce qu'il a "mal à l'estomac" et, pour lui, les crampes, les impressions de tiraillement, de broiement, de pesanteur, de plénitude gastrique, se résument en douleurs plus ou moins vives.

Par contre, le malade lui-même prononce le mot "brûlure" : d'autres, plus instruits, parlent d'hyperchlorhydrie car pour eux l'augmentation de l'acidité du suc gastrique expliquerait cette sensation, mais ils ne savent pas que la brûlure peut être provoquée aussi bien par un

acide ou une base forte que par la chaleur ou le froid.

De nombreux malades peuvent présenter en plus de ce "syndrome brûlure" des douleurs associées : crampes, tiraillements.. et dans ce cas ce syndrome douloureux ajouté compte pour le diagnostic d'organicité de l'affection en cause.

Le Docteur Jean Gorse (1) a précisé la notion de brûlures en pathologie digestive : il a décrit la brûlure pure non accompagnée d'autres sensations douloureuses.

Le siège le plus fréquent de ces brûlures est épigastrique avec association fréquente de brûlures rétro-sternales.

- soit sensation permanente au creux épigastrique,
- soit brûlures survenant par intermittences rapprochées, irradiant vers le haut en arrière du sternum, jusqu'à la gorge comme par bouffées,
- qui se reproduisent pendant plusieurs heures et
- qui cessent le plus souvent par l'ingestion de poudres inertes, d'absorbants ou d'alcalins.

Les brûlures rétro-sternales pures constituent le pyrosis.

Les brûlures de siège abdominal variable sont plus rares et d'étiopathogénie encore plus délicate.

Elles ne correspondent pas à une lésion organique décelable actuellement:

- (1) Les sensations de brûlures en pathologie digestive. J. GORSE Journal de Méd. et Chir. prat., Févr. 1958

- l'ulcère d'estomac donne de vraies douleurs : typiquement des crampes,

- le cancer gastrique, quand il est douloureux, simule l'ulcère ou provoque des pesanteurs ou sensation de plénitude gastrique.

Reste le problème délicat de la gastrite :

Il sera envisagé sous tous ses angles, car c'est en traitant la brûlure épigastrique avec gastrite ou même souvent en confondant brûlure et gastrite que nous avons finalement traités nos malades par le tachystérol : Aussi préciserons-nous comment par les divers traitements proposés pour la gastrite le Docteur L'Hirondel a pu par déduction traiter la brûlure épigastrique.

La brûlure épigastrique est-elle une manifestation de gastrite ou peut-elle survenir en dehors de toute gastrite décelable ?

En effet, les gastrites sont très souvent invoquées à propos des brûlures.

L'étiopathogénie semble très simple :

L'estomac seul organe dont l'excitant physiologique principal, l'alimentation, dépende uniquement de nous-même est soumis journellement à de nombreuses irritations :

- soit irritation de contact : aliments mal mâchés, épices, liquides caustiques ou toxiques.

- soit irritation de muqueuses : réagissant aux infections et aux causes toxiques générales.

- soit irritation due à l'âge telle que l'atrophie de la muqueuse au cours de l'invololution sénile.

si bien que Gutmann (1) disait :

"Tout individu adulte a de la gastrite ou finit par en avoir".

Donc, à partir de ce raisonnement, il est aisé de supposer la présence de gastrite en cas de brûlure.

D'ailleurs, classiquement, le diagnostic de gastrite se fait sur la séméiologie fonctionnelle qui typiquement est la brûlure précoce, ressentie immédiatement après ingestion de substances auxquelles l'estomac est particulièrement sensible : vin blanc, épices, sucre..

Dans d'autres cas :

la brûlure est plus tardive,
ou continue avec périodes ± aiguës
accompagnée d'aigreurs ou de pyrosis
de pesanteur et de
sensations locales d'étouffement,
de fréquents ballonne-
ments épigastriques,
de sialorrhée : parfois
seul signe majeur,
de sensations pénibles
post-prandiales,
de signes de dyspepsie.

Cependant, généralement :

- les sensations gastriques sont modérées, mal calmées par l'alimentation, diurnes, rarement nocturnes et ne réveillant pas le malade ;

- l'évolution est irrégulière sans la netteté du syndrome ulcéreux avec des hauts et des bas.

(1) Gutmann : Synd. doul. de la rég. ép. Tome II
p. 355.

- souvent latente, extériorisée à l'occasion d'un excès de régime.

On ne peut se fier ni sur la séméiologie générale, trompeuse si elle revêt des tableaux :

- pseudo-mitosique comme les gastrites cachectisantes de Moutier (1) ;
- pseudo-anémique et anémique comme la maladie de Biermer et l'anémie hypochrome essentielle achylique de P. Chevallier ;
- dysphagique ;
- dermato-gastrique : décrit par Gate, Thiers et R. Chevallier (2).

ni sur la séméiologie physique : trop pauvre car les points douloureux de Porges n'ont qu'une valeur très relative et si dans la gastrite, la pression générale épigastrique est douloureuse, nombre d'autres affections peuvent donner cette même sensation.

Cette pauvreté clinique entraîna la découverte de nombreux examens complémentaires :

- les signes de Henning malgré la facilité de leur recherche et la netteté de leurs résultats ne sont guère recherchés.

- l'étude du chimisme gastrique faite par de nombreux auteurs comme Hayem, Winter, Gaston Lyon (3), Henning, Korbsch, Moutier... prouve

-
- (1) F. Moutier - Gastrites cachectisantes (Arch. des mal. de l'app. dig. 1942 8-9).
 - (2) Estomac et dermatose (Journaux de Méd. de Lyon 1936)
 - (3) Biochimie des gastrites - G. Lyon (1er Congrès de gastro-entéro. Bruxelles 1935 p. 313).

qu'il n'y a aucun parallélisme entre les perturbations chimiques et les troubles de gastrite.

Actuellement de nombreux travaux sont en cours sur les reflux duodéno-gastriques perturbant le chimisme gastrique.

De même, l'étude du mucus gastrique, préconisée par Leriche, Montceaux, Garin, Bernay, Vincent,

l'étude de la cytologie, préconisée par Lcéper

restent d'interprétation très délicate.

La gastroscopie marqua une étape importante.

R. Schindler (1), puis Moutier, Debray (Paris) Chevallier (Lyon) ont permis de donner des renseignements très bien classifiés.

- gastrite chronique simple : granitée, voire granuleuse et des stades ultérieurs : verruqueux, mamelonnaire, parfois polypoïdes ou avec plis géants circonscrits.

- Les intermédiaires de la gastrite congestive et de la gastrite érosive :

- soit simples suffusions hémorragiques punctiformes ou maculaires,

- soit gastrite ulcéro-membraneuse.

- La gastrite atrophique : à l'aspect rose pâle - gris rosé, à plis effacés avec parfois de véritables plaques cicatricielles.

Ch. Debray associa à cet examen la gastrobiopsie qui est d'un intérêt considérable.

(1) Schindler - Manuel et Atlas de Gastroscopie
Münich 1923.

Citons la gastrographie de Garin et Bernay qui donne à peu près les mêmes résultats que la gastroscopie.

La radiographie associée à la radioscopie demeure actuellement, en médecine courante, le moyen d'investigation le plus usité.

La radiologie demeure actuellement le moyen d'investigation le plus usité :

Mais elle doit être pratiquée avec une technique parfaite :

- Prise de clichés sans risquer de modifier l'aspect réel de l'estomac.
- Pas de compression intempestive.,
- Opacifiant bien dosé,
- films pris en multiples positions : oblique, couchée...

Forsell et Schaoul ont donné une véritable géographie gastrique : mais hélas ! l'interprétation reste très difficile car de nombreuses causes peuvent perturber l'aspect réel de la lésion :

- spasme par irritation donnant des images pseudo-néoplasiques,
- détails rendus flous par hypersécrétion ou par liquide de stase.

Des plis nettement hypertrophiques, gonflés par l'oedème et l'inflammation sont suggestifs mais ils peuvent revêtir tous les types : -

- minces, filiformes, pseudo-atrophiques,
- nodulaires, polypoïdes,
- aspects tachetés, larges plages floues.

Cependant, Gutmann cite des aspects très en faveur de la gastrite :

- Aspect marécageux de la partie horizontale de la grande courbure plus que de la partie verticale,

- Grosses ou petites niches de la partie horizontale de la petite courbure, non superposables, de teinte homogène au contenu gastrique avec lequel elles se continuent.

- multiples petites niches pâles de la partie verticale de la petite courbure, dues au boursoufflement muqueux.

Mais le diagnostic ne doit pas être pour autant absolu : car pour Duval, Roux, Moutier et Béclère, les gros plis sont en faveur d'une hypertonie et le gonflement nivellerait les plis plutôt qu'il ne les exagérerait :

Les images de gastrite considérées comme typiques seraient :

- l'augmentation considérable, la distorsion nette des plis parfois géants, les plages d'œdème.

Mais ne serait-ce pas un semis de métastases néoplasiques ou une polypose ?

La Stéréographie donne les images ressemblant le plus à celles de la gastroscopie.

La Radioscopie enfin montre la kinésie de l'estomac : hypertonie, hyperkinésie, évacuation accélérée,

péristaltisme central vif, douleur à la compression sous écran ou par contre dilatation atonique,

estomac flasque et atone en cas de gastrites chroniques atrophiques.

Ces divers examens pratiqués chez un malade atteint de gastrite montrent une atteinte de la muqueuse et nous savons les réserves que nous

devons porter sur ces résultats et la difficulté d'éliminer parfois un ulcère ou un cancer.

Or, les gastrites qui sont invoquées à propos des brûlures sont en général absolument muettes :

Nous devons néanmoins pousser plus loin les investigations et chez tout malade consultant pour des brûlures nous devons pratiquer tous les examens qui nous permettront d'éliminer avec le plus de certitude les diagnostics d'ulcère et cancer.

Mais bien souvent, radiologie et endoscopie restent négatives.

Aussi quels peuvent être le mécanisme, la cause de ces brûlures ? Question importante, car évidemment la sanction thérapeutique pour être efficace nécessite une connaissance de l'étiopathogénie de ces brûlures.

Actuellement, Jean Gorse a posé ce problème et nous verrons la difficulté d'y répondre :

Les brûlures épigastriques peuvent être intermittentes ou permanentes et leur horaire peut être variable, précoce ou tardif.

Les plus caractéristiques sont celles qui ne se produisent que lorsque le malade ingère certains aliments : après ingestion de mets très gras, les brûlures sont en général tardives alors qu'au contraire elles sont immédiates quand les sujets sont sensibles aux sucres.

Il s'agit là sans doute de phénomènes d'allergie, la différence d'horaire dans les 2 cas devant être en relation avec la plus ou moins grande rapidité avec laquelle l'antigène passe dans la circulation.

Radiologiquement l'estomac se montre presque toujours normal. Cependant Jean Gorse a observé :

- 1 cancer gastrique
- 1 ulcère gastrique
- 4 ulcères duodénaux.

qui ne donnaient que des brûlures tardives.

On accuse souvent la hernie hiatale de donner des brûlures alors qu'il est banal de voir de grosses hernies diaphragmatiques ne donner aucun symptôme.

La gastroscopie elle-même est le plus souvent négative et en pratiquant des gastrobiopsies, C. Debray n'a pu mettre en évidence aucune lésion histologique chez les malades ayant des brûlures épigastriques.

Bon nombre d'hypothèses ont été émises :

- l'hyperchlorhydrie : aucune valeur
car il existe des brûlures en cas d'achlorhydrie et l'ulcus duodénal donne les hyperchlorhydries les plus élevées avec presque jamais sensation de brûlures.
- les phénomènes spasmodiques :
mais nombre de spasmes prolongés du pylore vus à l'examen radioscopique ne donnent aucune douleur spéciale.
- les gastroduodénites : nous avons déjà vu la fréquente négativité des examens en cas de brûlures épigastriques : Rappelons que les sujets ayant eu une brûlure gastrique ou oesophagienne par ingestion de caustique, mis à part les phénomènes aigus du début, n'éprouvent pas spécialement de brûlures.

Aussi recherche-t-on des causes plus subtiles :

- des phénomènes allergiques associés : urticaire , asthme, oedème de Quincke, coryza spasmodique etc... ou même des faits d'intolérance alimentaire.

- une parasitose : amibiase, ascaridiose, oxyurose qui probablement en tant que facteur d'antigène déclenche des brûlures.

- une lithiasie biliaire enfin qui par voie réflexe, détermine souvent des brûlures tant épigastriques que rétrosternales

- des causes nerveuses, psychiques sur lesquelles on ne saurait trop insister.

Gorse montre aussi que les brûlures rétrosternales, le pyrosis, auraient comme cause non pas un reflux gastro-oesophagien, mais les mêmes affections citées pour la brûlure épigastrique.

Quant à la brûlure abdominale de siège variable mais pouvant être de temps en temps épigastrique, elle rentrerait dans le cadre de la causalgie et nous savons la difficulté de savoir pourquoi et comment se produit la névralgie ou névrite du sympathique.

Causes humorale, endocrinienne, inflammatoire, infectieuse, allergique, réflexe, psychosomatique... toutes peuvent avoir leur valeur hypothétique.

Nous avons vu la difficulté d'isoler la brûlure épigastrique pure et la gastrite et bien souvent on a cherché à guérir la brûlure par le traitement des gastrites.

En effet, il est difficile en clientèle et dans des services non spécialisés de faire les examens qui auraient permis de séparer les 2 affections telles que gastroscopie et gastrobiopsies.

Aussi c'est par le traitement des gastrites que notre Maître le Docteur L'Hirondel fut amené à employer le tachystérol dans le traitement de la brûlure épigastrique.

Il est important de rappeler les causes capables de léser la muqueuse gastrique car c'est en faisant des traitements étiologiques que notre Maître le Docteur L'Hirondel s'intéressa aux travaux faits sur l'hormone parathyroïdienne en pathologie digestive et préféra la remplacer par le Tachystérol.

En effet, nombreuses sont les causes capables de léser la muqueuse gastrique.

L'infection vient en tête.

Toutes les infections peuvent provoquer une gastrite. Nous ne ferons que citer la tuberculose et la syphilis qui demandent surtout un traitement spécifique qui, tout en guérissant ou en améliorant la maladie, a une action nette sur la gastrite secondaire.

La cause première peut être proche et avant tout les voies aérodigestives supérieures :

- rhinopharyngites purulentes, pyorrhée, gingivites, amygdalites aiguës ou chroniques,
- infections dentaires : caries, pyorrhée alvéolaire.

L'intestin, cause d'atteinte toxi-infectieuse du foie et de la vésicule et de dyspepsie joue aussi un grand rôle.

Le grêle résorbe des produits toxi-infectieux qui lèsent l'estomac, véritable gastrite des iléojéjunites du Dr Gutmann.

Le côlon droit chez les malades présentant des stases avec poussées diarrhéiques, l'appen-

dicite chronique par transmission d'une infection du carrefour inférieur vers le carrefour supérieur.

Les infections de voisinage peuvent être d'origine biliaire transmissibles par voie lymphatique bien que des auteurs comme Hurst admettent que la gastrite soit primaire et l'infection biliaire secondaire par suite de la pullulation microbienne favorisée par une achlorhydrie.

L'intoxication tient classiquement ensuite un des rôles les plus importants et dans nos observations elle sera en majeure partie la cause principale :

Intoxication de contact

ou par absorption à travers la muqueuse,
ou d'origine endogène :
 néphrite chronique, néphrite anurique,
 brûlures...

Les médicaments à doses répétées tels que l'aspirine, la créosote, surtout à jeun et les laxatifs irritant chez les contipés chroniques sont fréquemment facteur de gastrite.

Le produit qui cause fréquemment des gastrites est l'alcool : nocivité des apéritifs irritant la muqueuse par contact et produisant des réflexes conditionnés intempestifs, nocivité de l'absorption de l'alcool au cours des repas ou après ceux-ci, peut-être par solubilisation de substances, ce qui facilite, d'après Henning, l'absorption locale.

Mentionnons aussi la part indirecte du foie alcoolique. Mais rappelons que, d'après les travaux de Gray et Schindler, tout alcoolique ne présente pas obligatoirement une gastrite :

- seulement 45 % gastroscopiquement
- et aucun rapport n'existe entre le degré d'intensité de l'intoxication et le degré de la gastrite.

Le tabac, surtout s'il est fumé à jeun, est nocif mais chez certains, l'arrêt ou la reprise du tabac entraîne la disparition et la réapparition des troubles.

D'autres toxiques, selon les pays, sont générateurs de gastrite : opium, maté, etc...

L'alimentation joue un rôle net de diverses manières : tachyphagie, horaire des repas variable, abondance et qualité des aliments, variables d'un jour à l'autre, aliments mal mâchés, trop chauds, glaces, épicés (condiment, assaisonnement)...

Le vin blanc en dehors de son degré d'alcool, est assez souvent mal toléré, etc...

Les avitaminoses chez les carencés et sous-alimentés entraînent des gastrites parfois même hémorragiques :

avitaminoses A, C, PP, K principalement.

Carence du facteur intrinsèque avec le syndrome dyspepsique au cours d'une anémie de Biermer.

Les réactions allergiques provoquent parfois des modifications considérables sur la muqueuse gastrique pouvant elles aussi donner des gastrites hémorragiques.

En plus de ces causes variées, s'ajoutent les troubles des glandes endocriniennes : et Chiray (1) a étudié cette corrélation entre syndromes digestifs et pathologie neuro-humorale.

(1) M. Chiray, Syndromes digestifs et pathologie neurohumorale Paris 1944.

Nous laisserons les syndromes de l'hyperthyroïdie, de l'hypothyroïdie, des surrénales, de l'hypophyse, des glandes génitales endocrines pour nous occuper des syndromes parathyroïdiens.

Les rapports pouvant exister entre certains troubles gastriques et les viciations de la sécrétion parathyroïdienne étaient soupçonnés depuis 1912, date à laquelle Falta et Kahn avaient signalé l'augmentation de la motricité et la sécrétion gastriques dans la tétanie, syndrome lié, comme on le sait, à un hypofonctionnement des parathyroïdes.

En 1922, Grove et Vines (1) signalèrent les relations qui existent entre les troubles du métabolisme du calcium et les ulcères digestifs et établirent l'action cicatrisante sur l'ulcère de l'estomac de l'hormone parathyroïdienne, régulatrice de la calcémie ; ce travail fut suivi de ceux de Palier (2) et d'Alkan sur l'étiologie endocrinienne de l'ulcère de l'estomac et son traitement par l'extrait parathyroïdien.

Moutier et Camus rapportèrent, quelques années plus tard, toute une série d'observations de malades améliorés ou guéris de leur ulcus par des injections d'extrait parathyroïdien. Leur statistique donnait 45 % de cas favorablement influencés par le traitement et ils concluaient :

"Il existe, dans certains cas, une action indiscutable de l'extrait parathyroïdien sur l'évolution et la cicatrisation de l'ulcère gastrique et peut-être duodénal. Il y a là une méthode thérapeutique à retenir : son action rapide, en général, permet de l'employer comme premier traitement ou de l'associer, à titre adjuvant, à d'autres traitements".

(1) Grove et Vines ('British Med.Journ. 20 mai 1922).

(2) Palier : Bulletin Méd. n° 29 1926 et n° 37 1927.

Depuis cette communication, la question a été reprise par de nombreux auteurs dont les statistiques sont généralement des plus favorables, puisque Legmann en 1936, rapporte 75 % de cas heureusement influencés par l'extrait parathyroïdien (soit 50 % de guérisons et 25 % d'amélioration).

Gaston Durand et ses élèves ne se sont pas limités au seul traitement des ulcères, mais ont encore utilisé l'hormone parathyroïdienne, avec succès, dans le traitement de nombreuses affections gastriques non ulcéreuses, telles que les dyspepsies hyperchlorhydriques avec brûlures épigastriques ou gastro-oesophagiennes (1).

Plus récemment, le Dr Janet (2) dans le service du Dr J.J. Dubarry signale les résultats obtenus sur 29 malades traités par l'extrait parathyroïdien :

"Notre maître, le Professeur J.J. Dubarry, utilise l'hormone parathyroïdienne dans le traitement de la gastrite et dans le traitement de l'ulcère. Elle est donc particulièrement indiquée quand s'associent aux signes d'ulcère des manifestations gastriques... L'hormone parathyroïdienne a été appliquée à des ulcères sévères ou compliqués de gastrite et souvent après échec d'autres traitements. Il faut en tenir compte pour interpréter les résultats ci-dessous :

Résultats	Seule	Associée	Total	Soit
Mauvais	2	4	6	21 %
Moyens	2	3	5	17 %
Bons	10	7	17	59 %
Excellents	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	3 %
Total	15	14	29	

(1) Société de Thérapeutique 10 juin 1931

(2) Thèse du Dr Janet - A propos de 1300 cas d'ulcère gastroduodénaux 1954.

Bien qu'appliquée à des formes particulièrement tenaces, l'hormone parathyroïdienne a influencé favorablement près de 2/3 des cas. Elle soulage rapidement le malade en poussées douloureuses. Son action antispasmodique est nette.

Elle est cependant insuffisante pour calmer certaines poussées hyperalgiques.

Parfois elle provoque des manifestations d'intolérance, éruptions cutanées transitoires, disparaissant après la cessation du traitement. Nous en avons rencontré un cas.

Plus souvent, par voie sous-cutanée, elle provoque au point d'injection un placard inflammatoire, probablement par sensibilisation aux protéines du produit : nous avons chaque fois interrompu le traitement..." (1).

Le Professeur Dubarry reconnaît donc l'action cicatrisante de l'hormone parathyroïdienne sur la muqueuse gastroduodénale.

Le professeur Gutmann (2) a observé aussi l'effet remarquable parfois de l'extrait parathyroïdien dans les "Brûlures" et prétend que l'extrait n'agirait pas beaucoup sur l'ulcère lui-même mais dans "tout ce qui dans l'ulcère n'est pas ulcéreux" et en particulier, quand elle existe, la gastrite ou la duodénite.

Ces divers auteurs sont donc arrivés au traitement de la gastrite par l'hormone parathyroïdienne grâce à l'expérimentation et à une meilleure connaissance de la physiologie des glandes parathyroïdes :

(1) Thèse page 21 et 22.

(2) Gutmann - Syndrome doul. Reg. Epig. Tome II page 412.

En 1880, Reverdin et Kocher avaient remarqué l'apparition d'un syndrome convulsif, après thyroïdectomie pour goitre, qu'ils appelèrent à tort tétanie strumiprive et qui était en fait comme le montrèrent quelques années plus tard les travaux de Gley, une tétanie parathyroïdoprive, due à une lésion accidentelle des parathyroïdes au cours de l'intervention.

Au fur et à mesure, la physiologie parathyroïdienne s'établit : Dès le début, la tétanie d'étiologie alors inconnue trouva sa cause dans l'insuffisance sécrétoire des parathyroïdes puis à la forme typique vinrent s'ajouter de nombreuses formes cliniques si bien traitées récemment par H.P. Klotz et J. Avril (1) et on put isoler des syndromes parathyroïdiens digestifs :

Expérimentalement, la parathyroïdectomie s'accompagne : d'anorexie, vomissements, diarrhée, hyposécrétion . L'administration de calcium empêche l'apparition des altérations digestives; ce qui ferait penser que les lésions sont le fait plus de la tétanie que de la suppression de la glande.

Au cours de la tétanie, on observe des troubles digestifs marqués :

anorexie, spasmes digestifs divers : oesophagiens, pyloriques, médiogastriques, épigastriques...

L'accident digestif est secondaire à la tétanie et il faut éliminer le syndrome inverse comme la tétanie secondaire à une sténose du pylore.

E. Pick (2) décrit la forme gastrique de la

(1) H.P. Klotz et J. Avril Vie Méd. janvier 1953.

(2) E. Pick (Mediz. Klin. 21-6-1929)

tétanie: véritable forme clinique où les signes digestifs prenant la prépondérance peuvent égarer le diagnostic.

Falta et Hernando observèrent dans la tétanie infantile des dilatations acquises de l'estomac.

Bernard (1) décrit une véritable tétanie gastrique pouvant prêter à confusion avec l'ulcus mais les mauvais effets du traitement et la recherche des signes de spasmophilie orientèrent le diagnostic.

Mamou et Abaza (2) en 1935 avaient déjà donné une bonne mise au point sur des exemples de formes digestives et parmi celles-ci une forme douloureuse avec vomissements calmée instantanément par injection de calcium intraveineux après évoir été déclenchée par hyperpnée volontaire.

Hernando a observé des cas de crises abdominales violentes diagnostiquées colique hépatique, appendicite, ulcère et qui cédèrent à l'injection de calcium ou de parathormone.

Les parathyroïdes ont donc des relations avec l'appareil digestif faciles à mettre en évidence en cas de tétanie caractéristique, moins aisée en cas de spasmophilie plus ou moins fruste, le syndrome digestif dominant le tableau.

Il est à remarquer que les divers auteurs employaient comme traitement : calcium et parathormone ou simplement l'un ou l'autre.

Aussi il est intéressant de voir comment la glande parathyroïde agit sur le métabolisme du calcium :

- (1) Bernard : Tétanie gastrique ou tétanie digestive (Arch. des mal. de l'app. dig. 1941 n°5-6)
- (2) Mamou : La spasmophilie de l'adulte (Journées de Méd. et de Chir. prat. 25 déc. 1935);

L'hormone parathyroïdienne agit en prélevant du calcium sur la réserve osseuse et en favorisant l'excrétion urinaire des phosphates : cette action est relativement rapide mais passagère :

En cas d'insuffisance parathyroïdienne dans le sang, l'hypocalcémie est le stigmate humoral fondamental mais il faut bien reconnaître qu'elle manque souvent : D'ailleurs, dans l'apparition d'une manifestation paroxystique, c'est la brutalité de la chute calcémique et non le taux absolu de la calcémie qui a de la valeur. Remarquons que, dans une atteinte viscérale, une calcémie normale ne reflète pas le taux de calcium dans les tissus dont le métabolisme peut être perturbé.

En réalité, si l'on veut reconnaître à une tétanie une origine parathyroïdienne, il faut constater un abaissement du calcium ionisé et une hyperphosphorémie, l'élévation du rapport P/Ca étant l'élément essentiel de l'hypoparathyroïdisme chronique. Par ailleurs, le taux des phosphatases est normal ou légèrement abaissé.

Dans les urines, la réaction de Sulkowitch montre une calciurie après injection d'hormone de même qu'une phosphaturie qui était basse avant l'injection (1-2 mg) et passe à 60 mg.

Mais les troubles de la calcémie peuvent provenir d'origines complexes :

La tétanie digestive par hypercalcaïose survient dans des circonstances variables : vomissements, par rétention gastrique ou duodénale, coqueluche très émetisante, ingestion démesurée de bicarbonates ou d'alcools.

La tétanie hypocalcémique peut revêtir de types différents selon qu'il s'agit d'une insuffi-

sance d'apport ou d'une insuffisance d'utilisation :

Dans la première éventualité, l'apport calcique de l'alimentation est insuffisant et ses conséquences sont d'autant plus à craindre que le régime contient peu de vitamines B ou que le sujet est privé d'une insolation normale.

Dans le sang, on constate bien de l'hypocalcémie, mais celle-ci coexiste avec 2 signes qui ne se voient pas dans l'hypoparathyroïdisme : la diminution des phosphates et l'augmentation des phosphatases.

D'autre part, sur les clichés du squelette, on constate des signes de décalcification : on peut rapprocher de ce type de tétanie la tétanie de l'ostéomalacie qui peut s'accompagner d'un syndrome de Milkman, la tétanie de la grossesse où l'organisme maternel voit ses besoins en calcium augmenter en raison de la nécessité de l'ossification du squelette foetal, enfin la tétanie de l'allaitement prolongé où la déperdition en calcium est accrue non seulement en raison de la sécrétion lactée mais d'une plus forte élimination par les urines et les fèces.

Dans la seconde éventualité, l'hypocalcémie peut survenir à la suite d'une insuffisance d'utilisation : il s'agit en règle générale, d'un trouble de l'absorption intestinale, tel qu'on l'observe dans le groupe des stéatorrhées idiopathiques, sprue nostras, maladie coeliaque.

Il n'est donc pas impossible que chez nos malades, ces causes aient existé : et principalement chez ceux qui présentaient une intoxication éthylique : en effet la diminution de l'appétit, le refus de certains aliments ayant une riche teneur en calcium, l'intoxication

générale entraînant des troubles de la digestion et de l'assimilation peuvent expliquer la réussite du traitement qui entraînait la meilleure utilisation du calcium.

La Vitamine D peut améliorer les malades présentant des troubles de l'absorption intestinale du calcium car elle favorise cette absorption car en rétablissant le bilan calcique positif elle favorise la recalcification du squelette : par ailleurs elle possède une action moins connue qui se fait par l'intermédiaire des reins et aboutit à une augmentation de l'excrétion du phosphore et à une mobilisation des phosphates de l'os. Cette dernière action ne déséquilibre pas le bilan phosphocalcique tant qu'on n'emploie pas de doses excessives de vitamines D. Par contre, lorsqu'on emploie des doses très élevées de vitamine D même à l'état pur, l'action sur l'excrétion du phosphore prédomine, il s'établit un bilan déficitaire et une tendance à la décalcification.

En travaillant sur les actions de la Vitamine D. et sur les produits qui prennent naissance quand on irradie de l'ergostérol, Holtz en 1933 isola un produit doué de propriétés remarquables sur le métabolisme calcique tout en n'ayant aucune action antirachitique : le dihydrotachystérol : appelé AT 10 (ou antitetanisches factor) (1).

Le dihydrotachystérol produit comme l'hormone parathyroïdienne une hypercalcémie et une hypercalciurie.

Il déplace le calcium du squelette et le mobilise vers les reins et les tissus où il peut se précipiter : de là le nom, assez peu heureux, donné à ce produit de "facteur de calcinose".

-
- (1) La Maison Wander fait une préparation de 0,5 % de dihydrotachystérol sous le nom de "CALCAMINE".

Grâce à son action hypercalcémiante, le dihydrotachystérol est le médicament spécifique de la tétanie dans le traitement de laquelle il a remplacé avantageusement l'hormone parathyroïdienne :

Déjà un an après les travaux princeps de Windaus, Hess et Rosenheim sur la vitamine D et son action antirachitique, on parle d'une action "antitétanique" de l'ergostérol irradié et d'un effet toxique intéressant plus particulièrement le métabolisme phosphocalcique.

György en 1927, après avoir démontré l'action antirachitique de l'ergostérol irradié sur le rat observe des effets favorables dans l'ostéomalacie et la tétanie idiopathique de l'enfant.

La même année, Kroetz dans une étude expérimentale faite sur des volontaires avec des doses de 18 à 30 mg d'ergostérol ne trouve pas d'hypercalcémie mais une augmentation du phosphore urinaire avec une nette augmentation de la diurèse.

Dans des expériences sur toutes sortes d'animaux, souris, rats, lapins, chiens, poules, axolotls, Kreitmarr et Moll constatent des manifestations morbides qu'ils attribuent à une hypervitaminose D : perte de l'appétit, amaigrissement, hémorragies gastro-intestinales et infiltrations calcaires de plusieurs organes.

Hess et Lewis chez des enfants normaux décrivent des manifestations semblables après l'absorption quotidienne de 5 mg d'ergostérol irradié pendant 3 semaines ; augmentation de la calcémie alors que la phosphorémie est restée normale et cette étude de l'action toxique de l'ergostérol irradié est reprise en 1929 par

Demole et Christ. Ils avaient pu démontrer, dans des expériences faites sur le chien que l'ergostérol irradié exerce une action hypercalcémiant. Ces auteurs parviennent à maintenir en vie, sans crises de tétanie, des animaux parathyroïdectomisés et démontrent ainsi en même temps que l'action de l'ergostérol irradié peut s'exercer sans l'intermédiaire des parathyroïdes. Ces expériences faites avant l'emploi de l'AT 10, ont été réalisées avec une préparation contenant tous les produits issus de l'irradiation de l'ergostérol, donc une certaine quantité de tachystérol. Mais c'est à Holtz que revient le mérite d'avoir découvert le produit en 1930 et de l'isoler en 1933.

Bien qu'ayant plusieurs des actions physiologiques et pharmacodynamiques de la parathormone, le dihydrotachystérol s'en différencie par 4 caractères :

Il agit per os alors que l'hormone parathyroïdienne est détruite par les sucs de l'estomac et de l'intestin.

Il agit lentement après 24 h et même 60 h et son action persiste assez longtemps : hypercalciurie 8 jours après une seule ingestion du produit, tandis que l'hormone parathyroïdienne agit en quelques heures et son action est éphémère.

Il ne produit pas d'accoutumance alors que l'hormone produit des anticorps qui à la longue diminuent son efficacité. Il produit comme la Vitamine D à forte dose, une hypercalcémie avec hyperphosphorémie, l'hormone une hypercalcémie avec hypophosphorémie.

Le dihydrotachystérol a une position intermédiaire entre l'hormone parathyroïdienne et la Vitamine D. Comme la Vitamine D, il possède

les 2 actions que nous avons analysées :

- amélioration de la résorption intestinale du Ca,
- augmentation de l'excrétion urinaire du phosphore.

Mais alors qu'avec la vitamine D c'est le premier effet, l'effet utile sur le métabolisme calcique qui l'emporte, avec le dihydrotachystérol, c'est l'effet décalcifiant, l'effet de "phosphoexcrétion" qui domine.

La Vitamine D aux doses très élevées exerce une action semblable à celle du dihydrotachystérol et la similitude d'action se lit facilement sur le tableau d'Albright qui concerne un malade atteint de tétanie traité successivement par de l'AT 10 et de la Vit. D.

Le Dihydrotachystérol à petites doses est capable lui aussi d'améliorer le bilan calcique et de recalcifier le squelette, à condition que l'apport de Ca alimentaire soit suffisant.

C'est à doses fortes et prolongées que le dihydrotachystérol exerce une action décalcifiante et provoque l'apparition de métastases calcaires.

On peut classer les actions de ces divers produits du métabolisme calcique de la façon suivante :

	Absorption du Ca	Excrétion urinaire de P	ACTION ANTI-	
			RACHITIQUE	TETANIQUE
Vit. D. doses usuelles	+++	+	+++	+
Vit. D doses élevées	+++	++	++	+
Dihydratichystérol	+	+++	+	+++
H. Parathyroïdienne	O	+++	O	+++

Ce tableau montre donc l'avantage du dihydrotachystérol sur la parathormone : absorption du Ca et action antirachitique.

Le dihydrotachystérol a déjà été employé dans des affections digestives.

Elle a été évidemment particulièrement indiquée dans les formes digestives de la tétanie ou spasmophilie : gastro-spasmes, pyloro-spasmes, spasmes vésiculaires, avec crises de coliques hépatiques, dyskinésies biliaires, spasme oesophagien avec sténose de type spasmodique, hernie diaphragmatique avec reflux oesophagien (un de nos malades, Monsieur Gut... présentant une hernie diaphragmatique reconnue radiologiquement a été très amélioré de sa gastrite associée et de ses reflux oesophagiens), crises colitiques, en résumé toutes les formes de spasmophilie qui répondent très bien au traitement par le dihydrotachystérol.

Nous avons relevé diverses observations récentes:

Gisselbrecht faisant un traitement médical étiologique (en s'inspirant des travaux de P. Hillemand - Y. Barré) du reflux oesophagien, emploie le tachystérol en cas de spasmophilie souvent associée à de l'hypothyroïdie (1).

Becquet et Willot traitent les spasmophilies vésiculaires par cholagogue doux, rectocalcium D et dihydrotachystérol : ce dernier produit remplaçait la paratyroïne et obtenait de bons résultats dans 2 cas précis (2).

- (1) H. Gisselbrecht : Le traitement du R. Oesophagien - Feuilletts du Praticien n° 14 8 déc. 1955 p. 1017
- (2) R. Becquet et Cl. Willot : Les spasmophilies vésiculaires Revue Méd.Chir. des Mal. du Foie oct. 1950 N° 10 p. 5

Dans les dyskinésies biliaires, Cachin reconnaît, parmi les troubles digestifs associés, la possibilité de gastrite et chez ces sujets présentant assez souvent les symptômes de la diathèse spasmodique, le tachystérol a une action souvent heureuse mais il n'est nullement certain qu'elle soit spécifique (1).

Dans un autre cas de reflux oesophagien Hillemand et Barré ont obtenu un résultat parfait avec le dihydrotachystérol (2).

Ces résultats en pathologie digestive et les nombreux points d'identité entre le dihydrotachystérol et la parathormone ont décidé notre maître le professeur L'Hirondel a l'utiliser dans le traitement des gastrites et ensuite dans la brûlure épigastrique proprement dite.

Nous avons déjà étudié les propriétés de ce produit : Y a-t-il danger de l'utiliser couramment .

Nous rappelons que le produit employé est une solution à 0,5 % de dihydrotachystérol (3).

La posologie employée dans le service de Gastro-entérologie du Dr Jacques L'Hirondel est à peu près constante :

soit VIII gouttes 3 fois par jour $\frac{1}{2}$ h avant
les trois repas,

soit XV gouttes 2 fois par jour $\frac{1}{2}$ h avant
les repas du matin et du soir

soit 24 ou 30 gouttes par 24 h.

-
- (1) M. Cachin : Traitement des dyskinésies biliaires Le Rep. Méd. prat. Actualités thérapeutiques oct. 56 n° 4 p. 42-44
 - (2) Journaux des Gastro-Entérologues Françaises Presse Méd. 26 nov. 1955 n° 79 p. 1653
 - (3) Spécialisé sous le nom de Calcamine Lab. Wander.

Aussi nous sommes loin des doses présentant un danger certain :

En effet, une dose importante dépassant C gouttes doit, en général, être administrée, de façon transitoire. Des doses plus faibles, au-dessous de LXXX gouttes peuvent être prescrites longtemps sans inconvénients, à condition de respecter la précaution d'une administration parallèle de Calcium. Chez l'enfant, la dose recommandée varie de II à V gouttes par année d'âge mais nous n'avons pas d'observations de pédiatrie.

Si la dose prescrite respecte les doses thérapeutiques recommandées, il ne peut survenir aucun accident. Seuls des désagréments digestifs peuvent parfois être observés, dûs à la solution huileuse.

Des accidents peuvent survenir dans certaines conditions qui ne doivent pas se voir :

D'abord en cas de surdosage :
accidents d'hypercalcémie avec vomissements, diarrhée, intolérance digestive.

Une hypercalcémie prolongée pourrait aussi favoriser la formation de calculs urinaires.

D'autre part la prescription de doses fortes et prolongées sans apport parallèle de calcium entraînerait des signes de décalcification osseuse :

en effet, le dihydrotachystérol est essentiellement un mobilisateur de calcium et, si l'apport calcique alimentaire ou thérapeutique est insuffisant, il faut faire appel aux réserves calciques osseuses pour maintenir le taux sanguin de calcium.

Des expériences ont été pratiquées sur la souris le chien et des hommes volontaires :

Au laboratoire Wander :

- chez la souris, la toxicité de la solution a été suivie en déterminant une dose limite toxique jugée sur :

- la variation moyenne de poids du groupe de souris en expérience,
- la mort des animaux au cours de l'essai,
- les dépôts calcaires dans le rein : soit légère calcification dans les vaisseaux isolés, soit forte calcification avec foyer calcaire dans vaisseau et parénchyme.

Les expériences furent suivies avec des animaux de poids sensiblement égaux, de même sexe et soumis à un régime approprié : elles furent renouvelées de 1946 jusqu'en 1950 et ainsi on put définir la dose limite toxique pour une souris d'un poids moyen de 20 g : 50 gammas.

Ces chiffres sont en concordance avec ceux de Ducommun à l'Institut pathologique du professeur Rutishauser. Ils étudièrent ainsi les troubles humoraux et anatomiques chez des chiens mis à un régime standard (1.170 mg de Ca et 2.000 mg de P) et recevant 70 à 150 gouttes par jour :

hypercalcémie, hyperphosphorémie, hyperglycémie terminale, hyperchlorémie et acidose.

Phosphore : urines : 600 → 1300 mg/24 h - fécal peu modifié

Calcium : urines : invariable - fécal : augmenté légèrement.

Anatomiquement :

os : foyers d'ostéoclasie avec lésions d'ostéite fibreuse

rein : calcification intracanaliculaire siégeant dans la paroi de la branche descendante de l'anse de Henlé.

coeur : métastases calcaires au niveau des myofibrilles.

Foie : nécrose importante centrolobulaire.

Par contre, aucune modification de l'aorte, des poumons, de l'estomac, des parathyroïdes.

Donc, nous trouvons le tableau classique d'une ostéite fibreuse avec destruction osseuse par ostéoclasie et infiltration calcaire viscérale:

Pour de tels résultats, il fallait des doses considérables puisque les chiens pesaient de 18 à 11 kilog. et ingéraient quotidiennement plus de C gouttes de dihydrotachystérol.

Des expériences ont été tentées aussi par René Smach et Pierre Ducommun sur 3 sujets volontaires :

en bonne santé ou convalescents d'une affection banale sans lésions osseuses, endocrinien-
nes ou rénales, ils reçurent des doses plus élevées que celles employées en clinique mais néanmoins inférieures aux doses toxiques employées chez le chien : 30, 50, 100 et enfin 150 gouttes pendant une durée de 6 à 9 jours.

Soumis par ailleurs à un régime fixe avec Ca et P connus avec 30 g de glycérophosphate de Calcium. Un sujet eut un régime riche en viande pour augmenter l'apport de P.

Dosage par ailleurs des urines et selles sur des portions de 72 h pour éviter les variations quotidiennes du P et Ca.

Dosage sanguin du : Ca, P, phosphatases, glucose, chlore et réserve alcaline.

Cette étude a permis de constater :

1) Bonne tolérance de doses élevées et inhabituelles : légère augmentation du volume des selles,

légère polyurie mais pas d'accroissement de l'urémie, ni troubles digestifs, ni douleurs osseuses, ni signes d'altération rénale

2) Faible variation de la calcémie qui subit une légère augmentation ne dépassant cependant pas 113 mg par litre.

Pas de modifications caractéristiques du P sanguin qui a oscillé entre 33 et 44 mg par litre.

3) Augmentation de l'élimination du Ca et P, surtout marquée dans la portion urinaire.

Donc l'absorption quotidienne de doses élevées pendant quelques jours a été bien tolérée: nous verrons d'ailleurs que les posologies employées pour nos observations, tout en étant faibles, ont été de relativement courte durée : 10 à 20 jours.

Il faut noter néanmoins quelques contrindications au traitement par le dihydrotachystérol:

La tétanie ou la spasmophilie accompagnée de rachitisme ou d'ostéomalacie, justiciables d'un traitement par la vitamine D.

L'ostéite fibrokystique de Recklinghausen, liée à un adénome parathyroïdien avec hyperparathyroïdie, hypercalcémie, hypercalciurie et décalcification osseuse généralisée.

RESULTATS CLINIQUES :

Nous allons analyser quelques observations relevées dans le service de gastro-entérologie du Docteur Jacques L'Hirondel à l'hôpital de Caen ainsi que dans sa consultation de gastro-entérologie :

OBSERVATION N° I

Monsieur RED...

Age : 34 ans.

Entre le 14.I.57 pour brûlures épigastriques périodiques.

Malade ayant un passé digestif assez chargé :

En 1953, début des douleurs à type de brûlures dans la région située entre point de Murphy et creux épigastrique, survenant environ 4 h après les repas :

parfois irradiation dans le dos et elle prend un type transfixiant d'intensité moyenne, s'accompagnant de quelques éructations, d'état nauséux avec parfois des vomissements acides.

La douleur est calmée par l'alimentation.

Période de 15 jours avec accalmie de 1 ou 2 mois.

Cet état dure de 1953 jusqu'à son admission à l'hôpital.

A l'examen de l'abdomen :

Sensibilité particulière de l'hypocondre droit, surtout auprès de l'insertion du Grand Droit donc en dedans du point de Murphy.

L'épigastre est normal ainsi que le reste de l'abdomen.

La radio montre un ulcère du bulbe avec déformation en hachette et une forte antrite.

Le malade est traité par :

Sirop de Phénergan : 1 c. à s. matin, midi et soir.

Poudre inerte

Pas de sédation immédiate et le 3ème jour, on commence un traitement de Tachystérol : 10 gouttes par jour.

Légère sédation de la douleur à partir du 5ème jour de ce traitement associé..

Le 8ème jour : traitement anti-ulcéreux : stapromylsat Emgé I.V. - Laristine au bout du 20ème jour.

Le malade sort le 1er mars avec une image radiologique presque normale et suppression totale des douleurs .

o

OBSERVATION N° 2

Monsieur BIS...

58 ans.

Entre le 5.I.57

Se plaint de douleurs :
du creux épigastrique et région sus-ombilicale,

soit pesanteur, soit crampe, soit brûlure,
sans irradiation,

apparaît après minuit, dure 1 h et se calme spontanément, réveillant le malade par son intensité,

parfois 1 à 2 h après repas de midi et du soir et, dans ce cas, intensité plus modérée, calmée par les poudres,
exagérée par les épices et les sauces,
météorisme concomitant et état nauséeux,
parfois pituites matinales.

Il souffre depuis 10 ans environ.

Jamais de périodes.

Augmentation de la douleur depuis 1 an et surtout depuis une quinzaine de jours.

A l'examen, l'abdomen semble normal sauf foie légèrement augmenté de volume et un peu douloureux.

Radio de vésicule : normale.

Radio de l'estomac : pas d'image d'ulcère visible, mais forte gastrite avec gros plis et hypotonie.

Le seul traitement Tachystérol 30 gouttes/j associé au rectocalcium tous les 3 jours entraî-

ne une sédation parfaite du syndrome douloureux.

Ce malade par ailleurs reconnaissait avoir une certaine intoxication éthylique.

o

OBSERVATION N° 3

Madame GUE...

65 ans.

Entrée le 29.7.57.

pour anémie : 2.800.000 G.R.

Succédant à une période grippale en décembre 56 qui se prolongea 3 mois avec température, toux et asthénie sans signes pulmonaires.

Est apparu un syndrome comprenant :
Anorexie avec dégoût de la viande,
pâleur progressive,
insomnie,
amaigrissement.

Pas de méloena et tendance à la constipation.

Cette malade présente par ailleurs :

une hypertension apparue à sa ménopause 12 ans auparavant,

depuis l'âge de 15 ans, des douleurs :
du creux épigastrique,
à type de pesanteur ou de brûlures,
sans irradiation, aussitôt après les repas,
calmées par des médicaments,
évoluant par périodes avec accalmie.

A l'examen, (difficile par l'épaisseur de la paroi) :

douleur vive du creux épigastrique et un peu de l'hypocondre droit,

Foie de volume et de consistance normaux.

Les examens de laboratoire montrent :

Tests hépatiques : normaux.

Numération : 2.800.000 et 5.350

Taux d'Hb : 56 % - Valeur globulaire : 1

Lymphocytose légère 38 % pour 56 % de polynucléaires.

Poikilocytose : la ponction de moelle est normale.

Les lères radios d'estomac ne montrent pas d'images pathologiques.

Les secondes radios 1 mois après ne montrent également aucune lésion.

Par ailleurs :

Electrocardiogramme normal,

Caecum non injecté au lavement baryté

Traitée avec :

Vitamine B 12 1000

Fer : 2 g par jour

Collargol + Phénergan

Pénicilline et Strepto.

On obtient une amélioration de la numération sanguine.

Le 16 août : 3.500.000 et 4.000

Taux d'hémoglobine 69 %

Valeur globulaire : 0,99

Mais le syndrome douloureux persiste et la radio évoque de la gastrite.

On traite la malade avec XV gouttes matin et soir et rectocalcium tous les jours.

Amélioration en quelques jours de la douleur, mais néanmoins, la malade sort le 16 septembre 1957 sans avoir pu remonter sa numération sanguine au-dessus de 3.500.000 globules rouges.

OBSERVATION N° 4

Monsieur NAU...

Age : 19 ans.

Entre une première fois à l'hôpital le 25 octobre 1956 :

pour douleur épigastrique à type de torsion apparue 3 mois avant

sans irradiation,

apparaissant l'après-midi,

ni vomissement, ni nausées,

mais vertiges.

Dès qu'il s'allonge : sédation de la douleur et vertige.

Accalmie de 3 semaines.

Reprise du même syndrome mais moins fortement.

Par ailleurs : selles normales, pas d'anorexie.

A l'examen :

Foie de volume normal

Légère douleur de l'épigastre et de l'hypochondre droit dans sa portion sous-costale.

Les radios : vésicule : normale

estomac : aspect de péribulbite avec étirement en haut du genu supérieur, légère antrite.

Traitement : Atropine et Huile d'olive.

Une poussée infectieuse, vraisemblablement grippale, nécessite une antibiothérapie : Pénicilline, streptomycine.

Il sort le 12 novembre.

Il revient à l'hôpital le 12 décembre pour la même affection;

Légère modification du syndrome :

douleurs irrégulièrement dans la journée,
Si elles apparaissent après les repas :
elles sont moins longues mais plus douloureuses,
durent quelques minutes,
pas de vomissements.

De plus : épistaxis se répétant sans causes
valables : localement : rien,
numération et formule :
polynucléose : 12.600 81 % - Prothrombine 105 %
plaquettes : 170.000

Un traitement antihémorragique est prescrit :
Adrénoxyl - Synkaird, Bufox.

Mais les douleurs continuent et les radios
montrent : lavement baryté : normal
Estomac : gastrobulbite.

L'atropine et les poudres ne le calment que
peu.

Un traitement de 30 gouttes de tachystérol
est commencé le 28.12.56.

Sédation de la douleur en 4 jours.

On arrête le traitement le 5ème jour, mais devant la reprise des douleurs le 6ème jour, on recommence et on poursuit le traitement jusqu'au 11 janvier 1957, date où le malade sort guéri cliniquement.

o

OBSERVATION N° 5

M. MEZ...

24 ans;

Entré le 11 janvier 1957 pour douleurs abdominales.

Opéré d'un ulcère en septembre 1954.

Après 2 ans de convalescence, il rentre en France, mais ne peut reprendre son travail.

Il aurait eu du méloena 3 ou 4 fois 6 mois après l'opération.

La douleur actuellement est :
au creux épigastrique,
continue
à type de torsion avec quelques brûlures.

Anorexie, amaigrissement et selles liquides complètent ce tableau, mais l'interrogatoire est difficile chez ce malade, car une part de simulation n'est pas à rejeter.

A l'examen :
palpation douloureuse de la région de la cicatrice.

Foie légèrement augmenté de volume et douloureux.

Par ailleurs : tout est normal : tension artérielle à 14/8,5.

Le laboratoire montre :
une légère hypoglycémie : 0,76
un delta normal sauf pour les protides : 67 g
mais une électrophorèse faite le lendemain montre : Protides : 71 g - Albumine : 62 et le rapport A/G : 1,63

Le tracé de la courbe est presque normal.

La radio précise une gastrite.

Ce malade est mis au traitement le 25 janvier 1957 avec X gouttes de Tachystérol après 3 jours de poudre qui ne l'a que peu calmé.

Légère sédation de la douleur mais incomplète et à partir du 2 février 1957, association avec sirop de Phénergan.

Le malade sort le 2 mars 1957 guéri.

o

OBSERVATION N° 6

Monsieur KHE...

40 ans, manoeuvre.

Entré le 7.I.57 pour douleurs abdominales.

Douleurs : creux épigastrique
soit crampes, soit brûlures,
apparaissant 1 h après les repas,
calmées par l'alimentation,
irradiant en ceinture vers les 2
hypocondres et la fosse lombaire gauche,
accompagnées parfois de vomisse-
ments et éructations.
Pas de périodes typiques.
Sédation de quelques jours de
temps en temps.

A l'examen : épigastre douloureux
région splénique très douloureuse
foie d'aspect normal
pas de troubles des urines et
des selles.

La radio montre :
légère déformation bulbaire : aplatissement
du bord supérieur.

Petit point prépylorique sur la petite cour-
bure avec gros pli circulaire mais d'interpré-
tation discutée.

Le malade est traité : par Tachystérol 30 gout-
tes avec 1 cuillerée à soupe de phénergan matin
et soir :

Amélioration très rapide et le 30 janvier, on
associe de la poudre.

Le malade se sent entièrement guéri et refuse
même de refaire de nouvelles radios pour réviser
la région prépylorique et le bulbe.

o

OBSERVATION N° 7

Monsieur JOS...

29 ans, menuisier,

entré le 28 Janvier 1957. :

En 1954, à la suite d'un effort, violente dou-
leur de la fosse iliaque droite irradiant dans le

creux inguinal et la face interne de la cuisse; comme elle persiste plus de 2 mois, l'appendicectomie est pratiquée : pendant la convalescence, rien d'anormal mais les douleurs reprennent au niveau de la cicatrice à la reprise du travail ; sensation de torsion très rapide, parfois répétée, parfois isolée, pendant un an et demi avec période d'accalmie entre deux.

En mars 1956 : pesanteur paraombilicale droite sans irradiation, sans rythme précis, accompagnée de météorisme et éructation fréquente.

En décembre : persistance de cette douleur et en plus : douleur de la région épigastrique à type de poids, point précis intercostal au 9ème espace à type point de côté.

Au niveau du creux épigastrique, douleur vers 11 h -11h 30 avec météorisme, éructations nombreuses, anorexie, les douleurs disparaissent s'ils mangent.

Chez ce malade neurotonique, l'examen montre : une légère douleur du creux épigastrique déclenchant une salve d'éructations.
pas de Murphy et rate et foie semblent normaux.

La radio précise : vésicule normale,
lavement baryté : ptose colique,
estomac : gastrite.

L'association de Largactil, sirop de Phénergan et Tachystérol (10 gouttes par jour) améliorera considérablement le malade en 11 jours.

o

OBSERVATION N° 8

Monsieur GUT...

63 ans

Gardien de bicyclettes, (ancien cantonnier)

Entre à l'hôpital pour syndrome grippal le 18 février 1957. Habitué à l'hôpital car, vu sa

condition sociale, il se fait hospitaliser dès que son emploi ne marche pas.

Mais chez lui un syndrome demeure net malgré divers interrogatoires volontairement tendancieux !

Brûlures épigastriques depuis 3 ans, exagérées par le vin blanc, les condiments, les confitures.

L'examen montre un épigastre douloureux.

La radi de l'estomac montre une hernie diaphragmatique par le trou oesophagien.

Le traitement : Tachystérol X gouttes associé au sirop de Phénergan , améliore en quelques heures la douleur; quelques jours plus tard, on associe une série de staprolysat Emgé.

Le malade sort en fin avril très amélioré : plus de brûlures et reprise de l'appétit.

Il revient en septembre 1957 avec une forte grippe qui cède rapidement au traitement mais les antipyrétiques réveillent les brûlures qui deviennent de plus en plus fréquentes avec régurgitations.

De nouvelles radios de l'estomac montrent toujours la hernie diaphragmatique mais il n'y a pas de signes radiologiques de gastrite.

Cependant, la présence d'une hernie diaphragmatique, les brûlures typiques nous incitent à faire un traitement au tachystérol et en 2 jours, amélioration importante sinon disparition des brûlures.

Le malade sort le 20 décembre 1957 ; son syndrome douloureux a disparu.

o

OBSERVATION N° 9

Madame MAR:...

71 ans

Entre le 7 octobre 1957.

Soignée depuis décembre 1956 pour asthénie, amaigrissement.

En mars 1957 : douleur à la base gauche du thorax, avec quelques crachats teintés de sang.

Le 25 mai 1957 : violente douleur rétrosternale irradiant dans l'épaule et le bras gauches après un long voyage en automobile :

L'électrocardiogramme montre une lésion sous-endocardique discrète de siège antérieur avec léger décalage inférieur de ST sur VI et V5.

Depuis ce temps : petites poussées angineuses et troubles digestifs variés :

soit colique type intestinalis

soit crampes épigastriques sans horaire fixe, parfois quelques brûlures.

Un nouvel électrocardiogramme montre un bloc incomplet de la branche droite, jugé non pathologique par le cardiologue.

La numération et formule sanguine est normale.

La vitesse de sédimentation est accélérée :

30 - 64 - 78 - 83.... 112

Une cure de Largactil à doses progressives :

10 - 30 - 45 gouttes par jour et du calcibronat intraveineux calment le psychisme de cette malade très émotive.

Le 12 octobre 1957 : nous lui donnons en plus 24 gouttes de Tachystérol en 3 fois, 1 heure avant les repas :

L'appétit semble revenir, mais une psychothérapie importante est nécessaire.

Nous arrêtons le traitement le 29 octobre 57 et la malade sort le 4 novembre 1957 apparemment améliorée.

o

OBSERVATION N° 10

Monsieur FOU...

53 ans

entré le 3 juin 1957

Souffre depuis 2 mois de :

douleurs sous-costales gauches,

très intenses, le réveillant la nuit,

à type de brûlures,

apparaissant 3 h après les repas,
durant jusqu'au repas suivant à moins qu'il
ne prenne de la poudre,
calmées par l'alimentation et la poudre,
irradiant dans la région précordiale à type
de constriction,
non rythmées dans le temps,
de plus en plus intenses.

Pas d'anorexie, pas de constipation ni diar-
rhée.

Langue légèrement saburrale.

A l'examen : douleur à la palpation du creux
épigastrique et de la région sous-costale gau-
che.

Le foie semble normal.

Le radio d'estomac montre des images de
gastrite : non seulement antrite mais hyper-
trophie des plus des faces.

Le traitement : Tachystérol XXX gouttes,
sirop de Phénergan et Rectocalcium, amène une
sédation rapide de la douleur et le malade
sort le 15 juin 1957 avec un petit traitement
d'entretien et devait revenir en cas de nou-
velles crises : nous ne l'avons pas revu.

o

OBSERVATION N° 11

Monsieur CHR...

35 ans

poseur de voies

Entre le 3 mai 1957

En 1954 : brûlures d'estomac et vomissements;
douleurs intermittentes durant 10 à 15 minutes.

Puis, grâce à un traitement de gastrite,
tout était rentré dans l'ordre.

En avril 1957 : reprise des douleurs !

brûlures calmées par les repas,
de siège épigastrique et rétrosternales
supportables, sans irradiation,
durant 10 à 15 minutes entre les repas,
apparaissant 15 à 30 minutes après les re-
pas,
et pouvant se reproduire plusieurs fois en-
tre les repas.

Vomissements : pituites matinales
parfois post-prandiaux.

Par ailleurs, ce malade présente quelques
signes d'intoxication éthylique : reconnue à
l'interrogatoire.

Facès congestif avec varicosités, rêves
professionnels, cauchemars, quelquefois
crampes dans les mollets...

Un traitement institué le 4 mai 1957 :
tachystérol XXX gouttes et Phénergan (sirop
trois cuillerées à soupe) amène une sédation
rapide de la douleur et le malade sort le
15 mai.

o

OBSERVATION N° 12

Monsieur MUZ...

52 ans

entre le 21 décembre 1956.

Il présente, cliniquement, un syndrome ulcé-
reux typique avec périodes, crampes du creux
épigastrique mais il s'associe à ce syndrome,
des signes de gastrite :

car si l'horaire des douleurs est relative-
ment fixe, par contre, entre temps, le malade
souffre de brûlures continues exacerbées par
certains aliments épicés et acides.

La radio montre un ulcère de la portion ver-
ticale de la petite courbure, de la grosseur
d'une ½ petite cerise.

Le traitement atropine et poudre ne calme
que très peu la douleur : aussi le 27 décem-
bre, on ordonne X gouttes de Tachystérol par
jour et en 5 jours les brûlures ont complète-

ment disparu : il persiste encore pendant quelques jours des crampes 2 h après les repas.

Le malade sort le 19 janvier 1957, ne souffrant plus du tout.

Il revient le 23 avril 1957 pour faire un contrôle radiologique : toute douleur a disparu et l'appétit est revenu.

La radio montre la presque disparition de l'ulcère.

OBSERVATION N° 13

Madame WIC...

59 ans

entrée le 10 octobre 1957

A eu une cholécystectomie en 1953.

Depuis 1953, présente des brûlures d'estomac avec régurgitations acides, accompagnées de céphalées en casque
douleurs de la nuque
nausées,
presque tous les jours après le repas de midi, vers 16 h.

Le matin au réveil, douleurs de type mal défini, siégeant au creux épigastrique.

Par ailleurs, cette malade présente :

des douleurs de siège cardiaque : électrocardiogramme normal,

coliques avec alternance de diarrhée et de constipation,

vomissements alimentaires,

douleurs du rachis lombaire à la fatigue et à la marche,

mais cystite : sans hématurie avec colibacillose.

A son entrée : sensation de pesanteur au creux épigastrique.

L'examen montre un abdomen douloureux dans son ensemble mais foie et rate sont normaux,

pas de constipation ni colique.

Les divers examens de laboratoire pratiqués sont normaux : urée, glycémie, calcémie, métabolisme basal, électrocardiogramme, numération formule sanguine, examen cytot bactériologique des urines.

Les radios : colonne vertébrale normale,
poumons : normaux
estomac : duodénite et légère
ptose gastrique avec gastrite.

Un traitement avec Bourget, largactil et poudre ne donne que peu de succès ; nous y associons du Tachystérol le 17 octobre 1957 à raison de VIII gouttes matin, midi et soir et nous obtenons une amélioration sensible, mais incomplète chez cette malade qui "se surveille" beaucoup et se laisse aller facilement.

o

OBSERVATION N° 14

Madame COR...

69 ans

entrée le 12 novembre 1957

Présente de temps en temps des digestions lentes, difficiles,
des brûlures au creux épigastrique,
aussitôt après les repas,
surtout après les viandes en sauce, la
salade, la charcuterie, le bouillon gras,
le vin,

calmée par tilleul, camomille, tisanes..
accompagnée de constipation sans méloena
avec faux besoin, depuis 10 ans.

En 1956, des radios d'estomac ne montrent rien de pathologique.

En fin octobre 1957 :

douleurs à type de crampes d'intensité moyenne,
en barre, sus-ombilicales,

pendant 5 minutes,
2 fois par jour à 11 h et 19 h avant les repas,
accompagnées d'éruclations,
calmées par l'ingestion d'aliments.

Ces douleurs ont duré pendant une quinzaine de jours.

L'examen de l'abdomen est gêné par l'épaisseur de la paroi mais il est peu douloureux.

Les radios montrent :

vésicule se vidant très peu avec un doute de calcul,

lavement baryté : caecum recurvatum avec sigmoïdite,

estomac irrité , légèrement hypertonique.

Le seul traitement : Tachystérol XX gouttes par jour et rectocalcium amène une sédation rapide du syndrome douloureux de cette malade qui a recommencé le 12 novembre 1957 et la malade sort le 25 novembre 1958 avec un bon appétit.

o

OBSERVATION N° 15

Monsieur POL...

Sujet hongrois, envoyé pour douleurs abdominales.

Entre le 2 décembre 1957.

L'interrogatoire est très difficile chez ce malade par suite du manque d'interprète.

Depuis son arrivée en France, en juin 1957 :
douleurs à départ sus-pubien
remontant en éventail dans tout l'abdomen,
toujours après les repas : 1 à 2 h après,
sensation de gaz qui remonte et l'opresse.
Donc rien de typique.

Actuellement : douleurs continues,
½ heure après les repas : picotement puis douleurs sourdes au creux épigastrique.

parfois : vomissements,
diarrhée fréquente,

dégoût de la graisse depuis 2 mois.

Les examens montrent :

Urée : 0,46 g

Numération sanguine : 5.700.000 et 13.600

Formule : 79 % de polynucléaires

Delta : à peu près normal : protides 60 g

Tests hépatiques normaux

Urines : normales

Vésicule mal opacifiée

Lavement baryté : sigmoïdite.

Au commencement, traitement avec Atropine, Spasalgine, le malade se tordant de douleurs, mais pas de contractures, puis Belladone, Poudre, sirop de Phénergan entraînent une sédation plus ou moins complète.

Le 15 décembre, il commence une température en plateau à 38° 5 puis 39° : un traitement antigrippal (avec aspirine, quinine, vitamine C, Ganidan, rectoseptal, sulfamide) ne donne rien.

La pénicilline en 1 journée rend le malade apyrétique : l'examen du malade est négatif.

Mais, dans les jours suivants, apparition de brûlures d'estomac chez ce malade qui fume beaucoup et aime le cidre. Les douleurs "en éventail" apparaissent aussi le 21 décembre 1957.

Un traitement de tachystérol VIII gouttes trois fois par jour amène en 2 jours une guérison totale et le malade sort le 30 décembre sans avoir ressenti la moindre douleur depuis le 22 décembre et a retrouvé l'appétit.

Un séro-diagnostic de Wright et Widal et une numération formule n'ont pas éclairci le diagnostic de l'hyperthermie de plusieurs jours ; due peut-être à une grippe, alors à l'état épidémique, quoique rebelle au traitement antipyrétique.

o

OBSERVATION N° 16

Monsieur LAL...

42 ans

Malade sans domicile fixe et sans profession

revenant de temps en temps à l'hôpital.

Chez ce malade entré le 4 octobre 1957 :
un syndrome est constant :

Douleur dans héli-abdomen supérieur avec
prédominance,

à gauche, continue sans paroxysmes,

à type non précisé par le malade,

légèrement augmentée la nuit vers 1 h ou 2 h.

sans vomissements, mais régurgitations acides,
peu influencée par l'alimentation quoique le
malade s'interdise les graisses et les acides.

Comme ce malade se plaint de troubles variés
et présente des signes pulmonaires, nous soi-
gnons son affection pulmonaire qui s'améliore
en 8 jours puis sans prévenir le malade nous
traitons son estomac avec VIII gouttes de
tachystérol 3 fois par jour et de lui-même le
malade avoue la disparition des douleurs et
régurgitations 4 jours après le début du trai-
tement que nous prolongeons jusqu'au 8 décembre.

Le malade sort le 10 décembre 1957 sans la
moindre douleur.

o

OBSERVATION N° I7

Monsieur GUI...

67 ans

entré le 12 novembre 1957

En 1926, il présente un syndrome ulcéreux et
devant la continuité des douleurs, il a une
gastrectomie en 1927 (en fait gastrojéjunosto-
mie).

En 1950, il est opéré pour coxarthrose de la
hanche et est plâtré jusqu'aux vertèbres cervi-
cales : il recommence à souffrir de l'abdomen.

douleurs épigastriques

à horaire variable

d'apparition brutale

calmées en se mettant les poings en

boule dans le creux épigastrique

en s'accompagnant d'un borborygme,

Tous les jours, 5 à 7 fois de 50 à 55.

En 1955 : un lavage d'estomac calme ce syndrome,

5 autres lavages sont pratiqués et pendant 2 ans le malade ne souffre plus.

En fin octobre 1957 : il présente un syndrome grippal

4 à 5 jours après le début, réapparition des douleurs et les crises reprennent comme au début.

L'examen montre un ventre un peu ballonné, tympanique par endroit et révèle une hernie épigastrique.

Légère constipation avec nausées.

La radio montre :

vésicule : mal opacifiée

estomac : liquide à jeun,

une irrégularité constante sur la face interne de D2 (le malade a eu une gastro-jéjunostomie)

des passages très difficiles au niveau de la bouche avec image de gastrite autour d'elle.

Un traitement anti-infectieux est nécessaire au début car le malade est fébrile puis la température revient à la normale mais le malade présente de temps à autre une crise violente que nous attribuons à la gastrite autour de la bouche de gastrojéjunostomie.

Un traitement : tachystérol VIII gouttes 3 fois par jour en 4 jours fait disparaître ces douleurs.

Le malade sort le 2 décembre 1957 sans avoir eu de nouvelle crise due vraisemblablement à une sténose spasmodique de la bouche de gastro-jéjunostomie enflammée.

o

OBSERVATION N° 18

Mademoiselle AUV...

40 ans

Entrée le 6 janvier 1958.

pour sensations de brûlures de la langue, de la gorge, de l'oesophage et du creux épigastrique.

Malade ayant un lourd passé pathologique :

Dès son enfance : crise de rhumatisme articulaire aigu

Vomissements et épistaxis fréquents,

douleurs périodiques dans l'abdomen.

En 1946 : laparotomie qui ne montre pas d'ulcus,

En 1948 : opération de sinusite frontale

En 1949 : Gastroentérostomie pour ulcus juxta-pylorique.

En 1952 : Ozène entraînant une déformation des cartilages nécessitant la pose de prothèses.

Puis troubles cardiaques sans signes de décompensation sur un fond dépressif avec crises de larmes.

Actuellement, elle continue à souffrir :

douleurs épigastriques sans type ni horaire fixes, exagérées par le vin blanc, le vinaigre, les épices,

Pas de vomissement, légère constipation et anorexie.

Sensation de brûlures rétrosternales.

Pas de pyrosis.

Chez cette malade, très neurotonique, le tachystérol à raison de VIII gouttes trois fois par jour, a peu amélioré en 3 jours les douleurs et l'appétit revient difficilement ; il est préférable d'associer au traitement une petite cure de Largactil dont l'action est indéniable sur ces troubles variés sans substratum anatomique net.

o

OBSERVATION N° 19

Madame PIE...

55 ans

Entrée le 3 janvier 1958

Vient pour troubles digestifs variés et amaigrissement...

Depuis 3 mois, elle souffre de :

douleur du creux épigastrique,

à type de brûlures,

aussitôt après les repas (surtout un peu abondants)

pendant 1 heure ou deux,

presque tous les jours.

Par ailleurs, constipation opiniâtre avec selles très foncées.

Rectorragies de sang rouge dues à des hémorroïdes.

La palpation de l'abdomen montre un hypocondre gauche et le creux épigastrique douloureux à la palpation :

Chez cette malade présentant des brûlures et une distension douloureuse de l'estomac traduisant cliniquement une gastrite confirmée par la radio, une cure de tachystérol XV gouttes matin et soir eurent de très bons effets en 4 jours.

o

OBSERVATION N° 20

Monsieur NOZ...

Malade souffrant depuis des mois d'un syndrome douloureux à type nettement ulcéreux au début et qui dans les mois suivants tendait à devenir continu.

Des radios pratiquées chez ce malade montraient une image de gastroduodénite très nette, et on ne voyait pas d'image ulcéreuse.

Comme le malade souffrait énormément avec violents paroxysmes, le chirurgien décidait de tenter une laparotomie exploratrice en accord avec le malade.

Quelques jours avant l'intervention prévue, nous mettons ce malade au tachystérol XV gouttes matin et soir et 2 jours après, le malade ne ressentait plus rien au point que le chirurgien

commençait à douter de l'authenticité des douleurs.

Le malade est renvoyé chez lui avec un traitement de 15 jours ayant :

tachystérol XXX gouttes par jour

Sirop de Phénergan : 1 c. à s. matin, midi et soir

Poudres.

Il revient au bout de 3 semaines n'ayant nullement souffert entre deux pour faire des radios d'estomac qui montrent un ulcère du bulbe.

o

Autres observations :

+++ Excellent résultat

++ Bon résultat

+ Faible amélioration.

Madame HEL... : Estomac "irritable"
Hernie diaphragmatique ++

Madame GOS... : Brûlures du creux épigastrique ++

Madame FON... : Brûlures épigastriques +++

Madame GUI... : Ictère puis gastrite +

Madame COQ... : Brûlures d'estomac depuis 5 ans ++

D'autre part, dans la consultation de gastro-entérologie, Monsieur le Docteur L'Hirondel a observé les résultats suivants :

Sur 54 malades traités :

39 résultats très satisfaisants

8 résultats très moyens

4 malades non améliorés et parmi ceux-ci :
1 malade avait ses douleurs exacerbées par le traitement

8 dont nous ignorons le résultat et qui devaient revenir consulter en cas de per-

sistance des douleurs.

Nous avons donc traité en tout :
Consultation externe 59 malades
Hôpital 28 malades
soit en tout : 87 malades

Nous avons eu les résultats suivants :

Nombre de malades traités	Bons résultats	%	Moyens résultats	%	mauvais résultats	%
Hôpital 28	20	71	7	25	1	3,5
Consultation 59	39	66	8	13,5	4	7
Total 87	59	68	15	17	5	6

Les 9 % restant représentent les malades non revus qui en principe améliorent le pourcentage des nettes améliorations mais nous ne les comptons pas à cause du manque de renseignements.

Donc, en comparant le tableau nous voyons :

1° que les résultats d'hôpital sont plus satisfaisants : il est indéniable que les malades se trouvent dans de meilleures conditions pour le traitement : repos, régime alimentaire, soins, sans boissons alcoolisées (ceci a de la valeur pour un certain nombre de nos malades).

2° que les mauvais résultats ne représentent que 6 % et à part un seul cas où la malade présentait une exacerbation de son syndrome douloureux (Doit-on même en tenir compte car cette malade est une neurotonique présentant une pathologie subjective variée) chez les 4 autres malades, si le tachystérol n'a pas amené d'amélioration, il n'y eut par contre aucune aggravation.

Nous avons d'ailleurs vu que les posologies

appliquées étaient loin des doses toxiques :

Les doses qui semblent les plus efficaces sont :

- soit XV gouttes matin et soir une demi-heure avant les repas
- soit VIII gouttes matin , midi et soir ½ heure avant les 3 repas.

Le traitement doit agir en 3 jours : si au bout de 5 jours, il n'y a pas de résultats probants, il est inutile de continuer.

Si, par contre, le traitement semble agir, le prolonger pendant 15 à 20 jours avec administration de calcium tous les deux jours : nous avons employé le calcium sous forme de suppositoire : en effet le tachystérol mobilisant le calcium osseux pour maintenir la calcémie à un niveau stable, il est indispensable de fournir du calcium à l'organisme afin de maintenir les réserves contenues dans le système osseux.

Nous avons pu observer d'autre part chez 2 malades la disparition du syndrome douloureux mais radiologiquement ils présentaient un ulcère : l'un un ulcère du bulbe et l'autre un ulcère de la portion verticale de la petite courbure confirmés par deux séries de radiographies faites l'une avant le traitement, l'autre après traitement : l'ulcère semble peu modifié : il est donc indispensable de faire en plus un traitement anti-ulcéreux chez les malades qui présentent l'association des 2 syndromes : ulcère et brûlures épigastriques.

Par ailleurs, deux malades présentaient une hernie diaphragmatique avec reflux oesophagien nettement visible sur des clichés pris en position de Trendelenbourg . Les résultats thérapeutiques ont été très satisfaisants.

CONCLUSIONS

--

Parmi l'arsenal thérapeutique employé en pathologie digestive, notre Maître le Docteur Jacques L'Hirondel s'est intéressé aux actions de l'hormone parathyroïdienne dans diverses affections du tube digestif et surtout à son rôle dans le cas de brûlures digestives, rôle déjà reconnu par de nombreux gastro-entérologues.

En étudiant les rôles comparatifs de cette hormone parathyroïdienne et du produit de synthèse: le dihydrotachystérol, employé jusqu'à maintenant comme traitement de la tétanie et des états spasmophiliques, il utilisa ce médicament chez 87 malades qui présentaient surtout des brûlures épigastriques ; il obtint les résultats suivants :

Le traitement par tachystérol peut être employé sans danger chez tout malade qui présente cliniquement des brûlures épigastriques,

soit isolées, soit accompagnées de pyrosis, soit brûlures à irradiations abdominales variables.

Il est indispensable de rechercher une cause à ces brûlures : car si la plupart du temps, nous n'en trouvons pas de précises, nous devons néanmoins pratiquer tous les moyens d'investigation qui permettraient d'éliminer les diagnostics d'ulcère ou de cancer, par exemple, nécessitant une thérapeutique appropriée..

Cependant, en cas de découverte d'ulcère,

de gastrite, de hernie diaphragmatique avec reflux oesophagien, de périviscérite d'origine variée, nous pouvons traiter l'affection découverte par sa thérapeutique spécifique et en plus traiter les brûlures par le tachystérol.

Les résultats obtenus chez 87 malades des deux sexes, observés en milieu hospitalier pour 28 malades et en clientèle pour 59 autres ont été très satisfaisants puisque plus de 2/3 des cas ont été très améliorés, et qu'un sixième des cas ont eu des résultats moyens.

Il existe des contrindications, rares en fait :

rachitisme, ostéomalacie, maladie de Recklinghausen.

La prise de ce médicament est très facile et bien supportée.

Les doses employées sont très loin de la limite de la toxicité.

Aussi, dans le cas de brûlures épigastriques : le tachystérol est un produit thérapeutique d'un grand intérêt :

- intérêt scientifique car en agissant en tant que régulateur du calcium, son action sur la brûlure épigastrique supposerait le rôle des troubles du calcium dans la genèse de ces brûlures, rôle déjà reconnu car de nombreux praticiens utilisent le calcium et certains l'hormone parathyroïdienne, hormone régulatrice du calcium.

- intérêt pratique car c'est grâce à sa faible toxicité, son emploi facile, ses résultats

rapides et très satisfaisants que notre Maître
le Docteur Jacques L'Hirondel, conseille l'em-
ploi du Tachystérol dans le traitement des
brûlures épigastriques.

--

Vu
Le Président :
signé : Ch. DEBRAY

Vu :
Le Doyen
signé : L.BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

